
Datum: 04.12.2013
Gericht: Sozialgericht Duisburg
Spruchkörper: 7. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 7 KR 464/11
ECLI: ECLI:DE:SGDU:2013:1204.S7KR464.11.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 5 KR 13/14
Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits. Der Streitwert wird auf 35.810,84 EUR festgesetzt.

- Tatbestand: 1
- Zwischen den Beteiligten besteht Streit, ob die Beklagte die Kosten für eine stationäre Behandlung im Krankenhaus der Klägerin erbringen muss. Insbesondere besteht Streit darüber, ob die Klägerin eine endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes zu Lasten der Beklagten abrechnen kann. 2
- Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Frau A. St. (geboren am 12.02.1929 – nachfolgend Versicherte) wurde bei der Klägerin, einem in der Rechtsform der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) praktizierendem Krankenhaus, vom 14.12.2010 bis 28.12.2010 stationär behandelt. Bei dem Krankenhaus der Klägerin handelt es sich um ein zugelassenes Krankenhaus u.a mit dem Versorgungsauftrag der Kardiologie als Teilgebiet der Inneren Medizin (vgl. Feststellungsbescheid der Bezirksregierung Düsseldorf vom 09.10.2007 - Feststellungsbescheid Nr. 1339). Eine herzchirurgische Zulassung wurde von der Klägerin zu keiner Zeit beantragt und daher auch von der Bezirksregierung nicht erteilt. 3
- Die Verordnung für die stationäre Behandlung der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin erfolgte durch den niedergelassenen Kardiologen der Versicherten, Dr. G ... Bei Aufnahme beklagte die Versicherte über eine hochgradige Luftnot (Belastungsdyspnoe NYHA III) und Schmerzen im Brust- und Herzbereich (angina pectoris). Im Rahmen der weiterführenden 4

Diagnostik zeigte sich eine hochgradige Aortenklappenstenose mit einer errechneten Klappenöffnungsfläche von 0,4 cqm. Des Weiteren wurde eine geringe koronare Herzerkrankung mit arteriosklerotischen Wandveränderungen festgestellt. Insoweit und hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf die ärztliche Stellungnahme des Herrn Prof. Dr. N. vom 28.12.2010 (Blatt 31 ff. der Gerichtsakte) Bezug genommen.

Aufgrund des Alters, der körperlichen Konstitution, der begleitenden Co-Morbiditäten und dem deutlich erhöhten perioperativen Risiko eines konventionellen Aortenklappenersatzes wurde von Seiten der Klägerin die Indikation zum perkutanen Aortenklappenersatzes gestellt und bei der Versicherten am 17.12.2010 der perkutane Aortenklappenersatzes mittels Bioprothese durchgeführt. Hierbei handelt es sich um ein Verfahren bei dem die Aortenklappe über in das Gefäßsystem eingeführte Katheter ersetzt wird. Die Leistengefäße der Versicherten stellten hierbei den Zugangsweg für die notwendigen Katheter dar. Die Herzklappenprothese besteht aus einer behandelten tierischen Herzklappe, welche derart zusammengefasst wird, dass die Einlage in ein Katheter möglich ist. In einem ersten Schritt der Prozedur wird die krankhafte Aortenklappe mittels eines Ballonkatheters gesprengt (sog. Ballonvalvuloplastie). Im zweiten Schritt wird der Katheter mit der zusammengefalteten Herzklappenprothese in die Position der gesprengten Aortenklappe gebracht, aus dem Katheter entlassen und durch einen weiteren Druckballon in das umgebende Gewebe eingedrückt wird. Die gesamte Prozedur wird unter Röntgendurchleuchtung und über eine Ultraschallsonde visualisiert und kontrolliert.

5

Die beschriebene Operation wurde im Krankenhaus der Klägerin in einem Hybrid-Op durchgeführt. Operateure waren Prof. Dr. N., Chefarzt der kardiologischen Abteilung der Klägerin, Prof. Dr. I. (Kardiologe) und Oberärztin F ... Im Operationssaal anwesend war der Herzchirurg Dr. S. (Kardiochirurg aus dem Herzzentrum D.). Eine mobile Lifebridge, ein sogenanntes extrakorporales Membramoxygenierungssystem (nachfolgend ECMO) wurde einsatzbereit im Operationssaal vorgehalten. Die Narkose war durch einen Facharzt für Anästhesie durchgeführt worden. Der Eingriff verlief komplikationslos; ein Eingriff des anwesenden Herzchirurgen war nicht erforderlich ... Für die zwischen dem 14.12.2010 und 28.12.2010 durchgeführte Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten Behandlungskosten in Höhe von 35.810,84 EUR in Rechnung. Es wurde auf Basis der Diagnosis Related Group (DRG) F98Z abgerechnet. Der Beklagten wurde eine Zahlungsfrist von 15 Tagen gesetzt (vgl. Rechnung vom 31.12.2010 – Blatt 5 der Gerichtsakte).

6

Die Beklagte lehnte in der Folgezeit einen Ausgleich der Rechnung ab. Die von der Klägerin durchgeführte Behandlung sei mit der Beklagten nicht im Rahmen der jährlichen Budgetregelungen vereinbart worden. Deswegen habe die Klägerin die durchgeführte Operation nicht abrechnen dürfen.

7

Mit ihrer Klage vom 08.07.2011 begehrt die Klägerin die Vergütung des Behandlungsgeschehens der Versicherten vom 14.12.2010 bis zum 28.12.2010. Zur Begründung trägt sie vor, dass sie über eine Hauptfachabteilung Kardiologie verfüge, sodass sie zu dem streitgegenständlichen Eingriff, welcher ein kardiologischer gewesen sei, berechtigt gewesen wäre. Eine institutionelle herzchirurgische Abteilung sei nicht erforderlich, da bei der durchgeführten Behandlung kein Schnitt oder sonstige chirurgische Maßnahme durchgeführt werde. Vielmehr finde eine minimalinvasive Punktion über die Leiste des Patienten statt. Vor diesem Hintergrund sei es ausreichend, wenn eine enge herzchirurgische Verflechtung der kardiologischen Abteilung mit einem Herzzentrum während der Operation hergestellt werde. Dies sei vorliegend zu bejahen, da bei der Operation in einem Hybrid-Op ein Herzchirurg anwesend gewesen sei und eine ausreichende herzchirurgische Ausstattung

8

für den Fall von Komplikationen vorgehalten wurde. Unter diesen Umständen sei eine kardiologische Fachabteilung ausreichend. Auf eine Budgetvereinbarung zwischen dem Krankenhaus und der beklagten Krankenversicherung komme es nicht an. Im Übrigen verhalte sich die Beklagte treuwidrig, denn sie schließe über ihren Kassenverband zunehmend auch Budgetvereinbarungen für die kathetergeführte Implantation eines Herzklappenersatzes auch mit Krankenhäusern vermehrt ab, die nur über eine kardiologische/ internistische, nicht aber eine herzchirurgische Abteilung verfügten. Schließlich sei der durchgeführte Eingriff angesichts der besonderen Umstände bei der Klägerin indiziert gewesen. Auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze wird insoweit gemäß § 136 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt, 9

die Beklagte zu verurteilen, ihr 35.810,84 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank hieraus seit dem 18.01.2011 zu zahlen. 10

Die Beklagte beantragt, 11

die Klage abzuweisen. 12

Die Beklagte ist der Auffassung, dass ein Vergütungsanspruch der Klägerin nicht bestehe, da die kathetergeführte Herzklappenintervention mit der Klägerin weder im Jahr 2010 noch 2011 im Rahmen von Budgetverhandlungen vereinbart worden sei. Zudem erfülle die Klägerin nicht die notwendigen Voraussetzungen für die geltend gemachte Leistung. Kathetergeführte Herzklappeninterventionen seien nur in speziellen Herzzentren durchzuführen, die sowohl eine interventionelle Kardiologie als auch eine Herzchirurgie als Abteilung aufweise. Darüber hinaus bestünden erhebliche Zweifel, ob die durchgeführte Maßnahme im Falle der Versicherten überhaupt medizinisch indiziert gewesen war. Auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze wird insoweit gemäß § 136 Abs. 2 SGG Bezug genommen. 13

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens des Herrn Prof. Dr. A. vom 24.04.2013 nebst ergänzender Stellungnahme vom 15.08.2013. Darüber hinaus wurden Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Nordrhein und ärztliche Stellungnahmen der Behandler eingeholt. Insoweit wird auf den Inhalt des Gutachtens vom 24.04.2013 (Blatt 72 ff. der Gerichtsakte) und Ergänzungsgutachtens vom 15.08.2013 (Blatt 102 ff. der Gerichtsakte) Bezug genommen. Darüber hinaus wird auf die Stellungnahme des MDK-Beratungsarztes Dr. M. (Facharzt für Innere Medizin) vom 05.01.2012 (Blatt 21 ff. der Gerichtsakte) und des behandelnden Arztes, Prof. Dr. N. vom 28.12.2010 (Blatt 31 ff. der Gerichtsakte) verwiesen. 14

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die beigezogene Patientenakte der Klägerin, die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakte verwiesen. Der wesentliche Inhalt der vorgenannten Akten ist Gegenstand der Kammerberatung und Entscheidungsfindung geworden. 15

Entscheidungsgründe: 16

Die zulässige Klage ist unbegründet. 17

Die Klage ist zulässig. Die Klägerin macht den Anspruch auf die Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten gegen die Beklagte zu Recht mit der echten 18

Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers gegen eine gesetzliche Krankenversicherung auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist (ständige Rechtsprechung: vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R; BSG, Urteil vom 28.09.2006 – B 3 KR 23/05).

Die Klage ist aber nicht begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Vergütung in Höhe von 35.810,84 EUR nebst Zinsen. Die Beklagte hat vielmehr zu Recht den Ausgleich der Behandlungsrechnung vom 31.12.2010 abgelehnt. Der Klägerin steht ein Vergütungsanspruch für die hier durchgeführte stationäre Behandlung der Versicherten nicht zu. 19

Rechtsgrundlage des streitigen Vergütungsanspruchs der Klägerin in Höhe von insgesamt 35.810,84 EUR könnte allenfalls § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch, 5. Buch (SGB V) in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 1 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie dem nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V für das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) bestehenden Krankenhausbehandlungsvertrag sein. Die Voraussetzungen eines solchen Vergütungsanspruchs bestehen indes nicht. 20

Zwar entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage, die nur als deklaratorisches Schuldanerkenntnis anzusehen ist, unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Jedoch kann die Klägerin, die nur eine kardiologische Zulassung verfügt, die hier geltend gemachte Vergütung für einen (auch) herzchirurgischen Eingriff, nicht beanspruchen. 21

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie speziell von Krankenhausbehandlungen, insbesondere deren Erforderlichkeit vorliegen. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V) wird gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V -vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R). Dabei richtet sich die Frage, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist nach medizinischen Erfordernissen (BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007 – GS 1/06; BSG, Urteil vom 16.12.2008 – B 1 KN 3/08 KR R). Das heißt, die Krankenkasse schuldet eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nur, wenn der Gesundheitszustand des Patienten sie aus medizinischen Gründen erfordert. Im vorliegenden Fall besteht kein Streit darüber, dass 22

die Versicherte der stationären Krankenhausbehandlung für den gesamten Zeitraum bedurfte. Letztlich dürfte auch die Indikation für einen Aortenklappenersatz bei hochgradiger Aortenklappenstenose gegeben sein (so wohl bestätigend auch der Sachverständige auf Seite 4 des Gutachtens vom 24.04.2013 – Blatt 75 der Gerichtsakte). Vor diesem Hintergrund hat das erkennende Gericht keine Veranlassung gesehen eine weitere ergänzende Stellungnahme des gerichtlichen Sachverständigen zu der kardiochirurgischen/kardiologischen Konferenz zur Implantation vom 17.12.2010, welche als Anlage K 4 mit Schriftsatz vom 04.06.2013 vorgelegt wurde (vgl. Blatt 93 der Gerichtsakte) und den Patientenakten, welche die Ermittlungen des STS sowie des logistischen euroScore enthielten, einzuholen. Das Gericht konnte letztlich offen lassen, ob eine Indikation für die vorliegend durchgeführte Operation bei der Versicherten bestand. Denn jedenfalls die Klägerin durfte diesen Eingriff nicht auf Kosten der Beklagten durchführen.

Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht zwar ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), des KHEntgG und der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in den zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abgeschlossenen Verträgen beruht. Zwischen den Beteiligten besteht aber Streit, ob das von der Beklagten betriebene Krankenhaus in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist (§ 1 BPfIV). Die erkennende Kammer ist der Überzeugung, dass die Klägerin in Bezug auf den durchgeführten Eingriff einer kathetergeführten Herzklappenintervention kein zugelassenes Krankenhaus ist. 23

Zwar kommt es insofern – wie die Klägerin zutreffend ausführt – nicht auf die Budgetvereinbarung zwischen den Beteiligten an. Soweit die Beklagte geltend macht, dass die streitgegenständliche Krankenhausbehandlung nicht Gegenstand der Budgetvereinbarung zwischen der Klägerin und der Beklagten für das Jahr 2010 bzw. 2011 gewesen sei, so kommt dem gegenüber dem Versorgungsauftrag der Klägerin keine Bedeutung zu. Denn zu den Budget-Vereinbarungen betreffend die Vergütung nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) hat das Bundessozialgericht (BSG) ausgeführt, dass die Ermächtigungen der Pflegesatzparteien zu Einschränkungen, die vom Versorgungsauftrag an sich abgedeckte Behandlungen betreffen, weder in den §§ 17, 18 BPfIV noch an anderer Stelle des Pflegesatzrechts vorgesehen sind (BSG, SozR 4-5565, § 14 Nr. 2 Rn 14 ff.). Dies gilt uneingeschränkt auch für Vergütungen nach dem DRG-System auf der Basis des Krankenhausentgeltgesetzes. Denn die in der Entscheidung des BSG herausgestellten Prinzipien, dass ein nach § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V zugelassenes Krankenhaus "im Rahmen seines Versorgungsauftrags" des Krankenhauses bewegt habe (a.a.O., Rn 12), gelten ebenso bei Anwendung des Krankenhausentgeltgesetzes. Die seitens des BSG zur Bestätigung herangezogene Vorschrift des § 14 Abs. 1 Satz 2 BPfIV, wonach Fallpauschalen und Sonderentgelte mit Ausnahmen für die Behandlung von Notfallpatienten "nur im Rahmen des Versorgungsauftrags" berechnet werden dürften, findet sich entsprechend in § 8 Abs. 1 KHEntgG. Auch das KHEntgG enthält insoweit keine weitergehende Vorschrift einer Ermächtigung zur Einschränkung des Versorgungsauftrages, wie er durch den Krankenhausplan und die hierauf aufbauenden Bescheide der Bezirksregierung definiert wird. 24

Entscheidend ist somit der Versorgungsauftrag der Bezirksregierung. Im vorliegenden Fall wäre eine herzchirurgischer Versorgungsauftrag, den die Klägerin nicht erteilt bekommen hat und den sie – wie sie mit Schriftsatz vom 11.09.2012 bestätigt – noch nicht einmal beantragt 25

hat, erforderlich gewesen. Zumindest wäre bei einem Krankenhaus mit kardiologischer Abteilung aber eine enge institutionelle Verflechtung mit einem herzchirurgischen Krankenhaus erforderlich, an der es aber gleichfalls mangelt.

Bei der endovaskulären Implantation eines Herzklappenersatzes (kathetergeführte Herzklappenintervention) handelt es sich nach Auffassung der erkennenden Kammer (auch) um einen herzchirurgischen Eingriff. Das Gericht folgt insoweit der Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen, welcher diesen Eingriff als interdisziplinäres Verfahren einstuft, das die Zusammenarbeit eines erfahrenen interventionellen Kardiologen als auch eines erfahrenen Kardiochirurgen voraussetzt. Das Gericht ist auch der Auffassung, dass der herzchirurgische Teil der Behandlung nahezu gleichwertig zum kardiologischen Eingriff steht. Zwar ist Herzklappenintervention nur minimal-invasiv und in der Regel – wenn, wie hier, keine Komplikationen eintreten - allein durch den Kardiologen durchzuführen, jedoch ist die Anwesenheit eines Herzchirurgen zwingend erforderlich, der bei Komplikationen (z.B. Aortendissektion, Herzruptur, Gefäßblutung) sofort und umfassend eingreifen muss, um das Überleben des Patienten sicher zu stellen. Zwar ist das Auftreten von schweren Komplikationen – wie auch der Sachverständige bestätigt – selten, kann im Einzelfall aber fatale Folgen haben, die den Tod des Patienten herbeiführen können. Somit ist die kathetergeführte Herzklappenintervention eine gemeinsam durchgeführte Prozedur von interventionellem Kardiologen und Kardiochirurgen, ohne dass eine Schwerpunktsetzung möglich ist und ohne dass eine Disziplineinordnung hinter der anderen zurücktritt. Die Eingriffsintensität des Kardiologen in quantitativer Hinsicht wird nach Auffassung der erkennenden Kammer in qualitativer Hinsicht durch den Herzchirurgen aufgewogen, denn sein Eingreifen ist bei dem Eintreten von Komplikationen eine Frage von Leben und Tod und dessen Abwesenheit in diesen Fällen mit dem sicheren Tod des Patienten verbunden. Allein dieser qualitative, wenn auch in der überwiegenden Zahl der Fälle seltene, Eingriffspunkt des Herzchirurgen führt nach Überzeugung des Gerichts dazu, dass von einem nicht unerheblichen Operationsbeitrag des Herzchirurgen auszugehen ist. Nimmt man hinzu, dass der Herzchirurg bereits bei der Indikationsstellung im Rahmen einer kardiochirurgisch-kardiologischen Konferenz teilnimmt (wie hier geschehen – vgl. Blatt 93 der Gerichtsakte) und auch postoperativ im Falle von nachoperativen Komplikationen eingreifen muss, ist in der Gesamtdarstellung von einem nahezu gleichwertigen Leistungsbeitrag des Herzchirurgen auszugehen. Nicht von ungefähr – und dies sind nach der Einschätzung der erkennenden Kammer weitere Argumente für eine Mischdisziplin – wird der hier streitgegenständliche Eingriff in einem Hybrid-Operationssaal unter Zuhilfenahme spezieller herzchirurgischer Apparatur (Herz-Lungen-Maschine, Lifebridge) durchgeführt.

26

Ein Krankenhaus, das mithin eine perkutane Aortenklappe implantieren will, muss somit in der Regel sowohl einen herzchirurgischen als auch einen kardiologischen Versorgungsauftrag inne haben. In überzeugender Weise und unter Bezugnahme auf Vahanian, Alfieri, Andreotti (Guidelines on the management of valvular heart disease) weist der gerichtliche Sachverständige in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Fehlen einer institutionellen Kardiochirurgie gemäß den aktuellen europäischen Leitlinien eine absolute Kontraindikation zur Durchführung dieses Eingriffs darstellt. Der Beistand des Kardiochirurgen gewährleistet ein sofortiges Eingreifen zur Beherrschung schwerwiegender Komplikationen (z.B. lebensgefährliche Blutung, Aortendissektion etc.). Ein Kardiotechniker bedient zudem eine Herz-Lungen-Maschine, die im Bedarfsfall einen künstlichen Kreislauf bis zur Behebung einer vermeintlichen Verletzung aufrecht erhält und verloren gegangenes Blut dem Kreislauf gefiltert wieder zuführen kann.

27

28

Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin geht das Gericht vor diesem Hintergrund nicht davon aus, dass es ausreicht, wenn ein herzchirurgischer Behandler und eine entsprechende Apparatur bei der Behandlung "vor Ort" vorhanden sind. Zwar ist dies die wörtliche Übersetzung der Abhandlung von Vahanian, Alfieri, Andreotti ("on site"), jedoch ist angesichts des bereits beschriebenen Durchführungsbeitrags des Herzchirurgen eine Anwesenheit von Behandlern und entsprechendem Equipment im Rahmen des Eingriffs selbst nicht ausreichend. Eine intraprozedurale Anwesenheit eines Kardiochirurgen genügt nicht, vielmehr ist mindestens eine enge Verflechtung über den Einzeleingriff hinaus erforderlich. Überzeugend legt der gerichtliche Sachverständige dar, dass Komplikationen wie z.B. die Dislokation oder Fehlfunktion einer Prothese nicht nur intra., sondern auch periprozedural auftreten kann. Eine mit kardiochirurgischen Patienten vertraute Intensivstation ist – wie der Sachverständige weiter überzeugend ausführt – mutmaßlich besser geschult darin, solche Komplikationen zu erkennen und die dann notwendige Versorgung einzuleiten.

Erforderlich ist somit eine institutionalisierte Verflechtung und nicht bloß eine ad hoc eingerichtete Prozedur von Kardiologie und Herzchirurgie. Das Gericht stimmt insoweit auch der Stellungnahme des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) vom 04.11.2013 zu. Dort heißt es auf Seite 2 (Blatt 135 der Gerichtsakte) überzeugend:

29

"Deshalb sehe ich derzeit den entsprechenden Versorgungsauftrag nur in Kliniken (ohne institutionalisierte Herzchirurgie) als erfüllt an, die neben einer anerkannten Fachabteilung Innere Medizin/ Kardiologie eine enge Kooperation mit einem regionalem Herzzentrum bei gemeinsamer Indikationsstellung und personeller sowie apparativer Verfügbarkeit eines herzchirurgischen Interventionsteams auch für Komplikationen während und nach dem Eingriff nachweisen können".

30

Zu einer ähnlichen Bewertung kommt auch die Schiedsstelle zur Festsetzung der Krankenhauspflegesätze für Baden-Württemberg (Schiedsstelle BW). So heißt es in einem Einigungsprotokoll der Schiedsstelle BW vom 16.11.2012 (Blatt 57 der Gerichtsakte):

31

"Die DRG F98Z kann dem Versorgungsauftrag für Herzchirurgie oder dem Versorgungsauftrag für Innere Medizin – Kardiologie – zugeordnet werden, aber jeweils nur nach Maßgabe einer Kooperation auf qualitativ-gesicherter Grundlage mit enger Zusammenarbeit in räumlicher, sächlicher und personeller Hinsicht, "

32

Nach Überzeugung des Gerichts erfüllt die Klägerin diese Mindestvoraussetzungen in Form einer engen Verflechtung nicht. Dies gilt gleichermaßen für die Phasen vor, während und nach der Operation.

33

Zwar ist die Indikation zum perkutanen Aortenklappenersatz im Rahmen einer kardiochirurgisch-kardiologischen Konferenz gemeinsam erstellt, jedoch erfolgte diese am 17.12.2010, mithin am Operationstag (vgl. Blatt 93 der Gerichtsakte). Die Operation selbst begann am 17.12.2010 um 8.00 Uhr mit der Narkose. Bereits zuvor erfolgte am 15.12.2010 ein Narkosegespräch und die Narkosevorbereitung und am 16.12.2010 die Verlegung der Versicherten in die Intensivstation, wo die Operation bereits vorbereitet wurde (vgl. Blatt 14 der Behandlungsunterlagen der Klägerin). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Indikation für die Behandlung der Versicherten, die bereits seit dem 14.12.2010 im Krankenhaus der Klägerin untergebracht wurde, von den kardiologischen Behandlern gestellt wurde, welche dann am Operationstag durch den Herzchirurgen Dr. S., der eigens für die Behandlung vom Herzzentrum D. angereist war, nur bestätigt wurde. Bestätigt wird dieser Eindruck durch die ärztliche Stellungnahme des Herrn Prof. Dr. N. vom 28.12.2010. Denn

34

dort heißt es, dass die Indikation zum perkutanen Aortenklappenersatz in einer kardiologisch/kardiochirurgischen Konferenz lediglich "bestätigt" und nicht gemeinsam erstellt wurde (vgl. Blatt 32 der Gerichtsakte). Bereits eine solche nachgelagerte Konferenz zwischen Kardiologen und Herzchirurgen kann im Verhältnis zu einem Herzzentrum als sub-optimal bezeichnet werden, da die Indikationsstellung nicht Ergebnis eines gemeinsamen Entscheidungsprozesses ist, sondern im Wege einer Erstdiagnose durch den Kardiologen mit anschließender Plausibilitätsprüfung durch den Herzchirurgen erfolgt. Überdies besteht bei diesem nachgelagerten Verfahren nach Ansicht der Kammer – ohne dass dies im vorliegenden Fall unterstellt wird – die Gefahr, dass der involvierte Herzchirurg bei bereits entstandenem Ressourcenverbrauch eher geneigt sein wird, die Indikation zu bestätigen. Bereits die gemeinsame Indikationsfeststellung lässt daher Zweifel aufkommen, ob eine enge Verflechtung zwischen Kardiologie und Herzchirurgie im vorliegenden Fall bejaht werden kann, denn eine solche setzt voraus, dass die Beiträge zur Indikationsstellung gleichwertig sind. Dies insbesondere auch deswegen, weil ein Herzchirurg mindestens genauso gut bewerten kann, ob ein Patient einen offen-chirurgischen Aortenklappenersatz überstehen würde, welcher grundsätzlich als Goldstandard gilt.

Auch die Durchführung der Operation selbst war nach der Stellungnahme des Sachverständigen angreifbar. So sei im vorliegenden Fall intraoperativ keine Herz-Lungen-Maschine, sondern eine "Lifebridge", ein sogenanntes extrakorporales Membranoxygenierungssystem (ECMO) bereitgehalten worden. Im Vergleich zu Herz-Lungen-Maschinen seien ECMOs nach dem Sachverständigen geschlossene Systeme, die verloren gegangenes Blut nicht wieder dem Kreislauf zuführen könnten. Im Falle einer starken Blutung am Herzkreislaufsystem könne dieser Umstand zu einem raschen Versterben des Patienten führen, da einerseits die Zeit bis zum Eintreffen passender Blutkonserven zu lang und andererseits ein schneller Transport des Patienten in einen vollständig ausgestatteten Herzoperationssaal mit Herz-Lungen-Maschine im Krankenhaus der Klägerin nicht möglich sei. Diesen Einwänden ist die Klägerin nur zum Teil entgegen getreten. Soweit die Klägerin vorträgt, dass verloren gegangenes Blut auch über die Venen wieder eingeführt werden könne, sodass hierfür keine Herz-Lungen-Maschine notwendig sei, mag dies zutreffen, jedoch konnten auch hier die Zweifel der Kammer an einer eher sub-optimalen Versorgung nicht gänzlich ausgeräumt werden. Es ist jedenfalls nachvollziehbar, wenn der gerichtliche Sachverständige ausführt, dass aufgrund der niedrigen Infusionskapazität und des komplizierten Handlings bei der Transfusion von Fremdblut oder der Re-Infusion eine maschinelle Autotransfusion (z.B. mittels CellSaver) die Lifebridge der Nutzung eines offenen Herzlungenmaschinensystems unter Verwendung des sogenannten Maschinensaugers deutlich unterlegen sei. Dies scheint auch die Klägerin mittlerweile so zu sehen, denn sie hat im Rahmen der mündlichen Verhandlung über Prof. Dr. N. vortragen lassen, dass – auch aufgrund des gerichtlichen Gutachtens - mittlerweile im Rahmen der Hybrid-OP keine Lifebridge-Apparate, sondern Herz-Lungen-Maschinen verwendet werden.

35

Entscheidend hinzu kommt, dass durch das bei der Klägerin durchgeführte Prozedere postoperativ – im Verhältnis zu Herzzentren oder Kliniken, die mit Herzzentren regional eng verflochten sind – keine optimale Versorgung erzielt werden kann. Denn zu der Operation wurde eigens ein Herzchirurg aus D. beigezogen, der im Falle von nachoperativen Komplikationen nicht im Hause der Klägerin anzutreffen wäre. Die Klägerin war postoperativ bis zum 28.12.2010 stationär beobachtet worden. In dem Zeitraum vom 18.12.2010 bis 28.12.2010 und auch nach Entlassung aus dem Krankenhaus war eine unmittelbare Versorgung der Versicherten durch einen Herzchirurgen in dem Krankenhaus der Klägerin nicht sicher gestellt. Zwar wäre eine Verlegung ins Herzzentrum D. denkbar, dies kann angesichts der letalen Folgen aber kaum als enge Verflechtung bewertet werden, zumal die

36

Kooperation ausweislich der Stellungnahme des MGEPA mit einem "regionalen" Herzzentrum erfolgen muss und auch die Schiedsstelle BW eine jederzeitige postoperative Überwachung durch herzchirurgische Ärzte fordert (vgl. Beschluss vom 03.02.2013 – Az 04/11, Blatt 65 der Gerichtsakte). Dies gilt insbesondere innerhalb von 24 Stunden nach dem Abschluss der Operation. In dieser Zeit ist eine Intensivüberwachung erforderlich, da Nachblutungen im Bereich der Inguinalregion oder transapikal vorkommen können (vgl. insoweit Figulla/ Cremer/ Walther/ Gercken/ Erbel/Osterspey/ Zahn, Positionspapier zur kathetergeführten Aortenklappenintervention, Der Kardiologe 2009, Seite 199, 203).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem als Anlage K 3 zu dem Schriftsatz vom 04.06.2013 vorgelegten Kooperationsvertrag der Klägerin mit dem Herzzentrum D. (Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH – Blatt 90 ff. der Gerichtsakte). Denn dieser Kooperationsvertrag datiert vom 29.11.2011 mit Vertragsbeginn zum 01.12.2011 (§ 8 Abs. 1 des Vertrages) und hatte mithin auf die hier am 17.10.2010 durchgeführte Operation der Versicherten keinerlei Auswirkungen. Ob für die Zukunft ab dem 01.12.2011 ein anderer Sachverhalt zu beurteilen ist, musste die erkennende Kammer nicht entscheiden. 37

Diese Umstände machen deutlich, dass der streitgegenständliche Eingriff nur in Herzzentren durchgeführt werden sollte, die sowohl über einen kardiologischen als auch eine herzchirurgischen Versorgungsauftrag verfügen bzw. in Kliniken, die – auch räumlich – mit derartigen Herzzentren kooperieren und eng mit diesen verflochten sind. 38

Da mithin aufgrund der zulassungsüberschreitenden Operation kein Vergütungsanspruch bestand, kann sich die Klägerin allenfalls noch auf die Budgetvereinbarung mit der Beklagten stützen. Es ist insofern aber unstreitig, dass die hier durchgeführte Behandlung zwischen den Beteiligten nicht vereinbart wurde. Dass die Beklagte mit Kliniken, die ebenfalls nur über eine internistische/ kardiologische Abteilung haben, Budgetvereinbarungen über die hier durchgeführte Prozedur abgeschlossen habe, ändert nichts an dem gefundenen Ergebnis. Sollte es sich insoweit wirklich um vergleichbare Fälle handeln (es ist nicht ausgeschlossen, dass die von der Klägerin benannten Krankenhäuser eine enge Verflechtung mit einem Krankenhaus mit herzchirurgischer Zulassung nachweisen konnten), wäre die entsprechende Budgetvereinbarung – wie ausgeführt – rechtswidrig. Auf eine Gleichbehandlung im Unrecht kann sich die Klägerin aber nicht berufen, da es auch unter Zugrundelegung von Art. 3 Grundgesetz (GG) keinen Anspruch auf Fehlerwiederholung gegen Körperschaften des öffentlichen Rechts gibt. 39

Abschließend weist das Gericht darauf hin, dass es sich in seiner Entscheidung bestätigt fühlt durch die Stellungnahmen der Bezirksregierung Düsseldorf vom 05.09.2013 (Blatt 120 ff. der Gerichtsakte) und des MGEPA vom 15.11.2013 (Blatt 124 ff. der Gerichtsakte). Beide Behörden weisen darauf hin, dass Studien belegen, dass die kathetergeführte Herzklappenintervention nur innerhalb klinischer Studien angewendet werden sollte. Darüber hinaus weist das Gericht darauf hin, dass international gesehen Konsens besteht, dass die hier durchgeführte TAVI nur in Kliniken mit eigener herzchirurgischer Abteilung erfolgen soll (vgl. Döbler, Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, 2012, Seite 86, 91). Soweit diese Standards in Deutschland teilweise durch Aufnahme von kardiologischen Kliniken, die die mit kardiochirurgischen Krankenhäusern eng kooperieren (vgl. hierzu Döbler, a.a.O.) erweitert werden, ändert das – wie dargelegt – an dem gefundenen Ergebnis nichts, da eine solche Kooperation jedenfalls im Jahr 2010 zwischen der Klägerin und dem Herzzentrum D. nicht stattgefunden hat. 40

Da die Klage in der Hauptsache keinen Erfolg hat, war auch das Zinsbegehren der Klägerin abzuweisen. 41

Nach alle dem war die Klage insgesamt abzuweisen.	42
Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und trägt dem Ausgang des Rechtsstreits Rechnung.	43
Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit §§ 39 Abs. 1, 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).	44
